

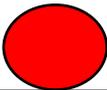
社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担の減額措置)

フリガナ	オタル タロウ	申請年月日	令和 年 月 日	
被保険者氏名	小樽 太郎	確認番号		
		被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
生年月日	明・大・ 昭 6 年 1 月 1 日生	性別	男 ・女	
被保険者住所	〒047-0024 小樽市花園1丁目12番1号 電話番号 0134-32-4111			
利用予定サービス	1 訪問介護サービス 2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス 3 通所介護サービス 4 短期入所生活介護サービス 5 介護老人福祉施設サービス 6 小規模多機能型居宅介護サービス・看護小規模多機能型居宅介護サービス			
	氏 名	生 年 月 日	性別	
世帯構成	世帯主	小樽 太郎	昭和 6 年 1 月 1 日 男 ・女	
	世帯員	小樽 花子	昭和 8 年 2 月 1 日 男・ 女	
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女

小樽市長 様

上記のとおり、社会福祉法人による利用者負担額の減額対象の確認を申請します。
なお、この申請に関する下記の事項について同意します。

- 対象の可否を決定するにあたり保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査すること。
- 負担額の確認や今後申請手続きを代行するために必要があるときは、この申請の結果について、私が契約する介護保険サービス提供事業者へ通知すること。

申請者 住所 小樽市花園1丁目12番1号
氏名 小樽 太郎  電話番号 0134-32-4111

本人の自書の場合は署名のみで構いませんが、本人の署名が印刷されたものや、代筆されたものは、本人の印鑑を捺印してください。

裏面あり

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請 収入・資産及び世帯状況等申告書

令和 年 月 日

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

住所 小樽市花園1丁目12番1号

申請者
(本人氏名) 氏名 小樽 太郎

私の世帯に係わるすべての収入、財産、扶養の状況等について下記のとおり申告いたします。
この申告書および添付資料の記載内容は事実と相違ありません。

(本人氏名) 小樽 太郎	収入総額(仕送り含む)	1,200,000 円	
	預貯金総額	2,400,000 円	
	自宅以外の不動産の所有	1	1: 所有していない 2: 所有している
	負担能力のある親族等による扶養	1	1: されていない 2: されている

本人を扶養している親族等の 住所・氏名および続柄(※1)	住所	
	氏名	続柄

(※1) 本人が負担能力のある別世帯の親族等より扶養されている場合に記入。

(世帯員氏名) 小樽 花子	収入総額(仕送り含む)	750,000 円	
	預貯金総額	800,000 円	
	自宅以外の不動産の所有	1	1: 所有していない 2: 所有している
(世帯員氏名)	収入総額(仕送り含む)	円	
	預貯金総額	円	
	自宅以外の不動産の所有		1: 所有していない 2: 所有している
(世帯員氏名)	収入総額(仕送り含む)	円	
	預貯金総額	円	
	自宅以外の不動産の所有		1: 所有していない 2: 所有している
(世帯員氏名)	収入総額(仕送り含む)	円	
	預貯金総額	円	
	自宅以外の不動産の所有		1: 所有していない 2: 所有している

◎真実と異なった申請をして不正に利用者負担の軽減を受けた場合、軽減を取り消し、軽減を受けた額を返還いただくことがあります。